

## ВЫВОДЫ

1. Поражение поджелудочной железы ухудшает состояние белкового обмена у больных с хроническим холецистогепатитом и язвенной болезнью.
2. Наступающие белковые сдвиги характеризуются более выраженным снижением альбуминов, увеличением  $\beta$  и  $\gamma$  и в некоторых случаях —  $\alpha_2$ -глобулинов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь З. А. Сов. мед. 1959, 4. — 2. Билич И. П. Тер. арх. 1960, 3. — 3. Гурская А. И. Здравоохр. Белоруссии. 1962, 8. — 4. Денисова М. Г. Тр. I Всеросс. съезда терапевтов. М., 1960. — 5. Двужильная Е. Д., Соколовский А. М. Клин. хир., 1962, 5. — 6. Заславская Н. А. Тер. арх. 1961, 6. — 7. Капланский С. Я. Хирургия, 1961, 7. — 8. Карпюк С. А. Нов. хир. арх. 1962, 3. — 9. Крылов А. А., Богоявленский И. Ф., Ушаков Б. Н., Положенцев С. Д. Тер. арх. 1959, 12. — 10. Мадьяр И. Заболевания печени и желчных путей. Будапешт, 1962. — 11. Ногаллер А. М. Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, 1962, 3. — 12. Милюшкевич Г. Ф., Джексон И. М. Физиол. жур. СССР, 1961, 8. — 13. Хамидова М. Х. Медич. журн. Узбекистана, 1963, 4.

Поступила 6 декабря 1963 г.

УДК 616.36-004-615.7

## ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОН-ПРОПИОНАТА ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ

*Н. А. Сулимовская и С. Ф. Кудря*

Первая кафедра терапии (зав. — проф. Н. А. Сулимовская)  
Украинского ГИДУВа (Харьков)

За последнее время в литературе появились указания относительно целесообразности лечения тестостерон-пропионатом цирроза печени и тяжелых форм хронического гепатита (Марно, Джиролами, 1958). В работах, посвященных изучению механизма действия половых гормонов, была установлена их способность положительно влиять на сердечно-сосудистую систему (Мюллер, Рачов и др.). Шуман, применяя сексуальные гормоны при грудной жабе, нашел, что они влияют не только на коронарное кровообращение, но и на обмен веществ в миокарде, увеличивая содержание гликогена и фосфогена в мышце сердца. По мнению этого автора, половой гормон оказывает центральное регулирующее влияние через гипофиз — промежуточный мозг.

При циррозе печени с асцитом, гидротораксом, отечностью тела тестостерон-пропионат проявляет диуретическое действие и улучшает функциональное состояние печени (Джиролами).

Наиболее выраженное и быстрое действие тестостерон-пропионат оказывает при лечении гипертрофических циррозов, но он эффективен и при атрофических.

Лечение обычно проводилось (Джиролами) большими дозами (не менее 100 мг) тестостерон-пропионата в течение 12—40 дней, а потом по 100 мг через день на протяжении нескольких недель и даже месяцев. Непрерывное лечение, по данным автора, должно быть продолжительным и при выраженном терапевтическом эффекте, и когда у больного нет улучшения, так как улучшение может наступить иногда только после многих месяцев лечения.

В течение 1960—1962 гг. мы лечили тестостерон-пропионатом 20 больных (мужчин — 9, женщин — 11) циррозом печени, у 8 человек была гипертрофическая форма и у 12 был цирроз печени с явлениями портальной гипертензии.

В возрасте до 40 лет было 5 и старше — 15 больных.

У 4 больных в анамнезе была болезнь Боткина, у 5 — малярия, у 7 этиологическое значение имели токсические факторы.

Назначалась диета с достаточным количеством белка (100 г) и некоторым ограничением поваренной соли, вводились витамины ( $B_6$  и  $B_{12}$ ) и антибиотики.

При применении антибиотиков (пенициллин и стрептомицин, тетрацилин) имелось в виду и стимулирующее их влияние на кору надпочечников.

В начале лечения (12—15 дней) больные получали тестостерон-пропионат по 100 мг ежедневно внутримышечно, потом по 100 мг через день в течение 1—2 месяцев и постепенно переходили на поддерживающую терапию по 100 мг 1—2 раза в неделю в течение нескольких месяцев.

Такие симптомы, как слабость, снижение аппетита, желтуха, кожный зуд, олигурия, отеки и асцит, обычно исчезали полностью или резко уменьшались. Почти у всех

больных наступало увеличение диуреза, чаще к концу первой недели лечения. У всех больных с асцитом он исчезал или резко уменьшался в течение 3—5 недель. Если отеки и асцит достигали больших размеров и вызывали нарушение общего самочувствия, одышку, мы в первой фазе лечения тестостерон-пропионатом делали парacentез.

Тестостерон-пропионат обычно переносился хорошо и не давал побочных явлений. Только при долгом введении препарата у трех женщин появились ощущения приливов в груди и небольшие боли в сосках. Наблюдалось и прекращение менструаций, хотя и не надолго. Но эти изменения не наступали, если мы вводили женщинам фолликулин (по 5000 ед. 2 раза в неделю) после применения тестостерон-пропионата в течение 3—4 недель.

Мы применили лечение этим препаратом и у 5 больных, страдавших ревматическим пороком сердца (митральная болезнь с превалированием недостаточности клапанов) и «сердечным циррозом» печени.

Как указывают Цитраелли, М. Джиролами, увеличение и уплотнение печени при заболеваниях сердца исчезают медленно, иногда только к концу года применения тестостерон-пропионата.

Под влиянием тестостерон-пропионата снижается уровень билирубина сыворотки крови, наступают положительные сдвиги белкового состава крови. Особенно заметно увеличение содержания альбуминов у большинства больных и падение  $\gamma$ -глобулинов, что, по-видимому, можно расценивать как влияние тестостерон-пропионата на улучшение синтеза альбуминов в печени. Короткие сроки, прошедшие со времени окончания терапии тестостерон-пропионатом, не позволяют нам делать выводы относительно отдаленных результатов данного метода лечения. Но мы можем сослаться на данные Джиролами, наблюдавшего хорошее состояние после лечения тестостерон-пропионатом в течение 6 лет и больше.

Прием тестостерон-пропионата показан не только при хронических гепатитах, гиперτροφических циррозах, но и атрофических, а также при увеличении и уплотнении печени, обусловленных сердечной недостаточностью.

Таким образом, применение тестостерон-пропионата хотя и не решает окончательно проблемы лечения хронических гепатитов, однако является очень полезным, очевидно, благодаря воздействию на некоторые звенья патогенеза. Тестостерон-пропионат благотворно влияет на течение заболевания, улучшая самочувствие, водно-солевой обмен и некоторые функции печени.

Механизм действия тестостерон-пропионата при циррозе печени сложен и обусловлен как некоторым центральным влиянием на гипофизарно-гипоталамическую область, так и местным фармакологическим действием на печень.

Лечение циррозов печени только витаминами В<sub>6</sub>—В<sub>12</sub> в сочетании с преднизолоном не дает такого эффекта, как применение тестостерон-пропионата.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Озерцковский Н. А. и Джекенбаев О. Ш. Тер. арх. 1962, 2. — 2. Планельс Х. Х. Вест. АМН СССР, 1962, 5. — 3. Girolami M. J. Am. Geriat. Soc. vol. VI, 1958, 4. — 4. Nissen K. Z. Arztl. Fortbild. I, Juni, 1957.

Поступила 14 октября 1964 г.

УДК 616.366—089.85

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО НАБЛЮДЕНИЯМ ТЕРАПЕВТОВ

*К. А. Дрягин и К. Я. Сильченко*

Госпитальная терапевтическая клиника (зав. — проф. К. А. Дрягин)  
Ленинградского педиатрического медицинского института

Мы наблюдали 161 больного (мужчин — 20, женщин — 141) с рецидивом после холецистэктомии, 130 из них были обследованы в клинике и 31 амбулаторно. 70 человек прослежены с момента операции от 1 г. до 5 лет, у них учтены все данные, включая и патогистологическое исследование удаленного желчного пузыря. К моменту операции возраст больных был от 17 до 75 лет, большинство было в возрасте 41—50 лет.

Острые формы холецистита были у 47 больных (флегмонозный — у 29, гнойный — у 8, перфоративный — у 4, катаральный — у 6), хронический холецистит с обострением — у 107, из них у 30 были осложнения (обтурационная желтуха — у 25, водянка желчного пузыря — у 5).